UNIVERSITE DE PARIS V RENE DESCARTES
FACULTE DE MEDECINE COCHIN PORT-ROYAL

ANNEE 1973 N°

THESE

87

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Martine COHEN, épouse LECUIR

Née le 16 Janvier 1946 à NANTERRE (Hauts de Seine)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE:

ETUDE DE L'INFLUENCE SUR LA DUREE DE SURVIE, DU PLACEMENT DES VIEILLARDS DANS UNE MAISON DE CHRONIQUES.

Président: Monsieur le Professeur Henri PEQUIGNOT

UNIVERSITE DE PARIS V RENE DESCARTES
FACULTE DE MEDECINE COCHIN PORT-ROYAL

ANNEE 1973 N°

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Martine COHEN, épouse LECUIR

Née le 16 Janvier 1946 à NANTERRE (Hauts de Seine)

BIBLIOTHEQUE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE:

ETUDE DE L'INFLUENCE SUR LA DUREE DE SURVIE, DU PLACEMENT DES VIEILLARDS DANS UNE MAISON DE CHRONIQUES.

Président: Monsieur le Professeur Henri PEQUIGNOT

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A mes parents,

A mon mari,

A ma belle-mère,

consciente de tout ce que
je leur dois,
mon affection, mon amour,
ma gratitude.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543902_0041

A mon Maître, Monsieur le Professeur Henri PEQUIGNOT

qui, après m'avoir dirigée et conseillée tout au long de mes études, a voulu, non seulement me faire l'honneur de présider cette thèse, mais a su aussi m'accorder un temps qui lui est si précieux, pour la mener à bonne fin, qu'il veuille bien recevoir ici l'expression de ma reconnaissance.

A Madame le Docteur C. MORINEAU

Médecin - chef de la Maison de Retraite du Maréchal Foch

dans le service de laquelle il m'a été fourni les moyens de faire cette étude, qu'elle trouve ici l'expression de ma gratitude.

A mes Maîtres à la faculté

et dans les hôpitaux

STAGES :

Monsieur le Professeur	H. PEQUIGNOT
Monsieur le Professeur	S. BONFILS
Monsieur le Professeur	M. FEVRE

FONCTIONS HOSPITALIERES :

Monsieur le Professeur	H. PEQUIGNOT
Monsieur le Docteur	L. LAFFON
Monsieur le Professeur	J.C. ROUCAYROL
Monsieur le Professeur	L. LEGER
Monsieur le Professeur	M. AUSSANAIRE

STAGE INTERNE :

Madame le Docteur	C. MORINEAU

ETUDE DE L'INFLUENCE SUR LA DUREE DE SURVIE, DU PLACEMENT DES VIEILLARDS DANS UNE MAISON DE CHRONIQUES.

I N T R O D U C T I O N

Dans un rapport de Monsieur le Professeur Péquignot sur l'hospitalisation du vieillard " en date du I9 Octobre I957 " , un parallèle est effectué entre deux "Maisons de Retraite" bien différentes.

Pour la première, le groupe de Maisons de Retraite Sainte Perine, Maison de Retraite très recherchée, pour laquelle une sélection médicale a lieu à l'entrée, et qui possède un service médical très bien outillé, on notait :

I°) Une augmentation des durées de séjour, liée à l'accroissement de l'espérance de vie, par rapport à la population de référence, avec simultanément un accroissement des besoins médicaux.

2°) Un vieillissement très marqué de la population.

Pour la seconde, où aucune sélection n'est effectuée à l'entrée et qui ne possède pas de service médical réel, la mortalité est particulièrement importante au cours du premier mois (30 %) et de la première semaine (I0 %). Des hospices de ce genre pourraient être assimilés à des " Hopitaux qui s'ignorent ".

Nous avons étudié un troisième type de Maison de Retraite, intermédiaire entre ces deux cas extrêmes : la Maison de Retraite du Maréchal Foch.

Nous allons étudier cette Maison sous deux aspects différents :

- tout d'abord, une description démographique de cette Maison, en considérant successivement l'âge à l'entrée, la durée de survie et l'âge au décès.

- puis une étude étiologique de la mortalité et de la pathologie majeure associée, aidés de documents médicaux, ceci afin de tenter de déterminer si le placement d'un vieillard dans une collectivité âgée, pouvait présenter une nocivité mesurable ou non, risquant d'influencer sur son espérance de vie.

CARACTERES DE LA MAISON DE RETRAITE FOCH

La Maison de Retraite du Maréchal Foch, que nous allons étudier, est un établissement de l'Assistance Publique à Paris, existant sous cette forme depuis 1956 sans que des modifications notables aient été apportées à son organisation. Elle est en voie de fermeture par extinction.

Avec une capacité de 195 lits, elle présente du fait du recrutement de ses pensionnaires, et sans qu'elle ait été réellement prévue à cette fin, certains des caractères d'un Hôpital de chroniques.

Il est à noter qu'avant 1961, aucun examen médical n'était effectué au moment de l'admission, ce qui a compliqué, sinon rendu impossible la recherche des conditions réelles, médicales ou sociales des placements. Le fait que depuis cette date une visite médicale soit passée avant l'entrée dans la Maison de Retraite, n'apporte pas une modification notable de l'état de santé des entrants; elle a toutefois pour effet d'éliminer les personnes âgées nécessitant une hospitalisation dans un service de soins aigus.

Les pensionnaires, de condition généralement modestes, sont donc des malades ne pouvant plus vivre de façon autonome, et nécessitant par conséquent des soins médicaux et infirmiers constants.

La surveillance médicale est assurée par un personnel médecin permanent, secondé par un personnel infirmier, malheureusement trop peu nombreux, vu les soins à fournir. A côté de ce personnel permanent il faut noter la présence, un jour par semaine, d'un psychiatre, et cela dans le cadre de l'organisation du secteur expérimental du I3è Arrondissement.

Pour toutes les consultations de spécialité, et tous les examens complémentaires, la Maison est obligée de faire appel à l'hôpital Cochin, et aussi chaque fois que l'état d'un malade nécessite des moyens diagnostics et thérapeutiques trop importants, dépassant les possibilités de l'établissement.

Mais bien que les moyens médicaux soient modestes, le rattachement à une administration hospitalière puissante, l'Assistance Publique de Paris, a constitué un plancher de sécurité pour cette Maison.

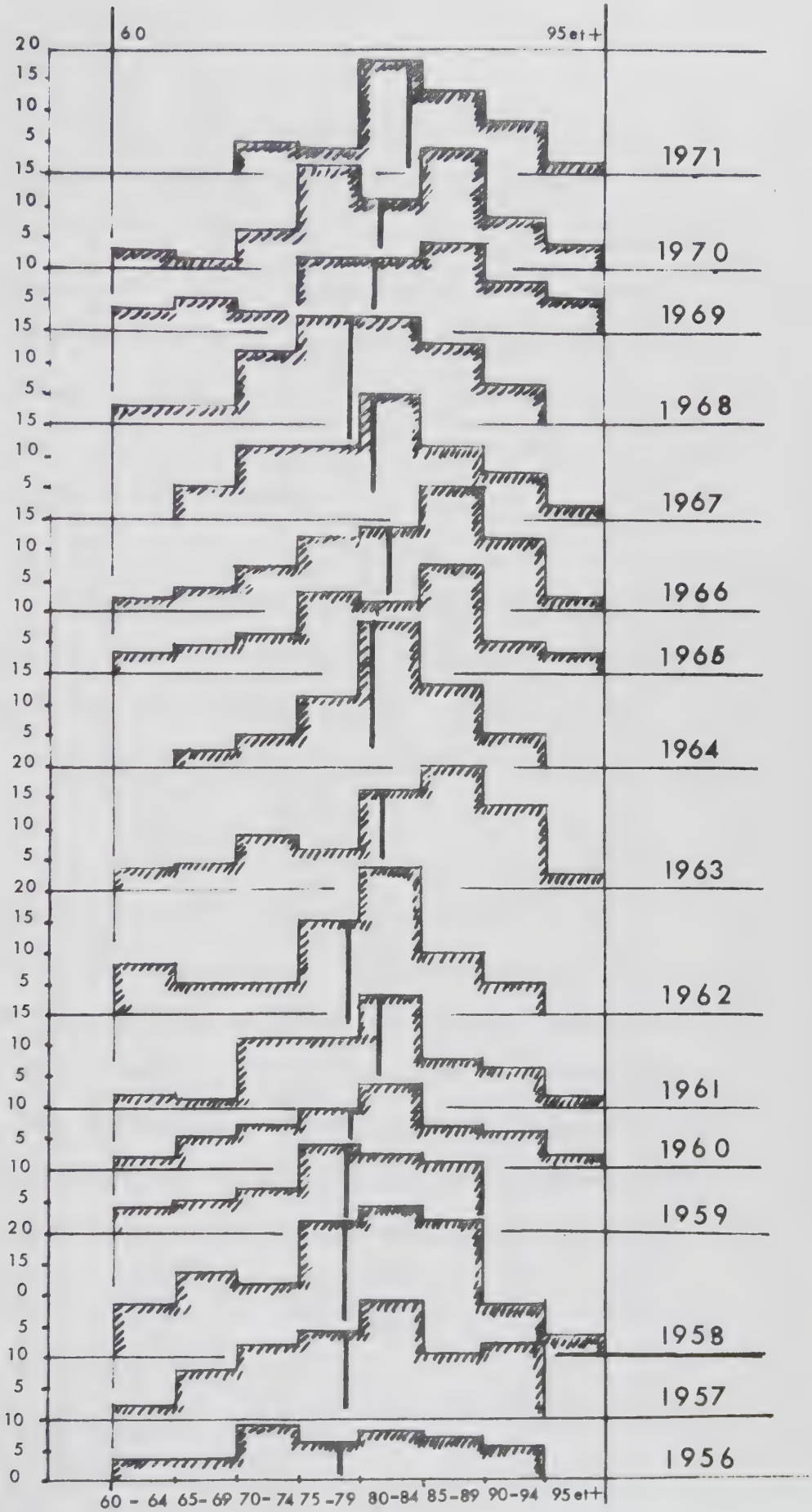
ETUDE DES AGES D'ENTREES

Notre étude a porté sur I068 personnes entrées à la Maison de Retraite entre I956 et I97I. Elles se répartissent en 696 femmes et 372 hommes, soit une proportion d'environ un homme pour deux femmes.

La distribution des âges des entrants, regroupés par tranches de cinq ans de 60 - 64 ans à 95 ans et plus, a été étudiée tous les ans. (Fig. I) . Elle se répartit en I956 entre 60 ans et 94 ans, et en I97I, entre 70 et 95 ans et plus. On constate donc que comme dans les études précédemment faites, le recul des âges d'entrée ne fait que progresser. De plus, alors qu'en I956, la population se répartissait régulièrement dans les différentes tranches d'âge, en I97I, on assiste à une condensation de la population entrante entre 80 ans et 94 ans. Et la population de la Maison de Retraite, qui, il y a I5 ans était composée d'une majorité de personnes âgées* et de vieillards, a aujourd'hui une population composée d'une majorité de vieillards et de grands vieillards.

* Nous avons utilisé une classification d'un symposium de l'OMS

- personnes âgées : 60 à 74 ans
- vieillards : 75 à 89 ans
- grands vieillards : 90 ans et plus.

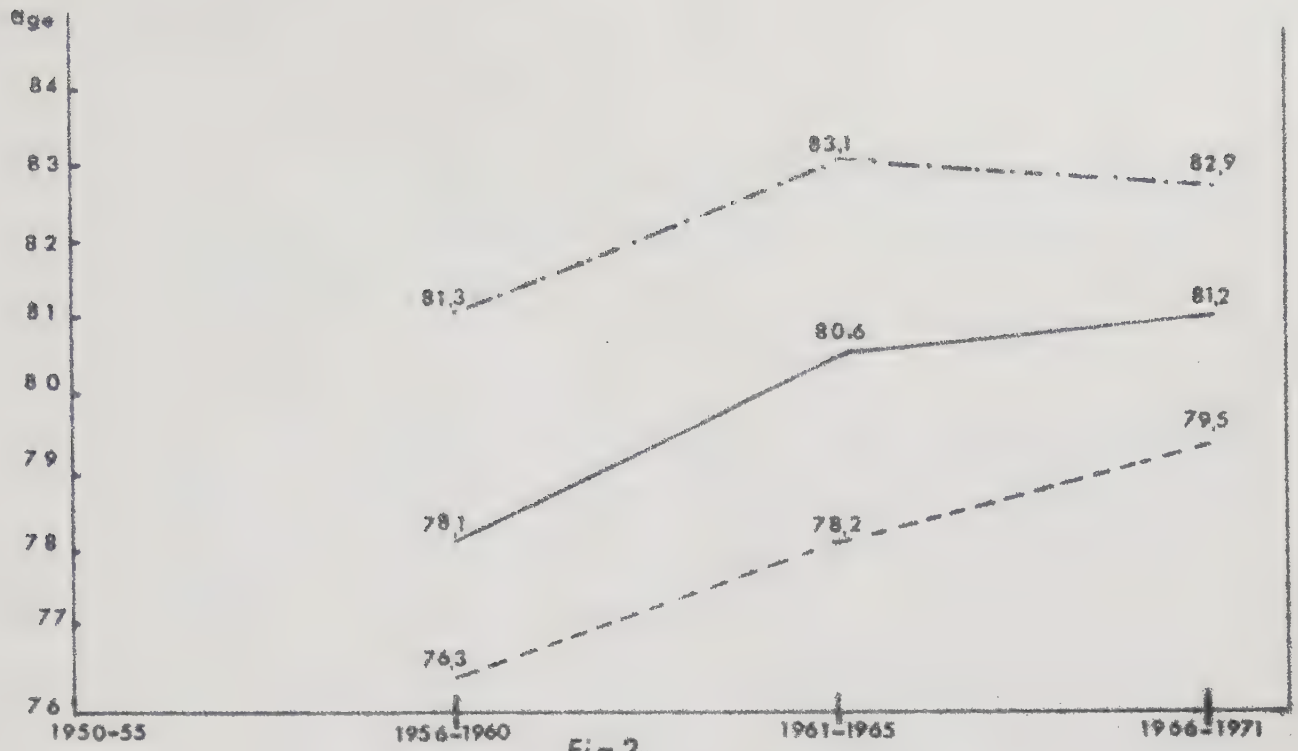


Histogrammes comparés des âges d'entrée par tranche d'âge de 5 ans, de 1956 a 1971.

Ceci est confirmé par l'étude de l'évolution de l'âge moyen d'entrée dans la Maison, d'abord chaque année, puis pour les périodes I956 - I960, I96I - I965 et I966 - I97I. Le recul de l'âge moyen à l'entrée est net puisqu'il représente 3,I ans en l'espace de I5 ans : en effet, il était de 78,I ans pour la période I966 - I97I. (Fig. 2). Cependant un léger ralentissement dans la progression de ces âges d'entrées est observable depuis quelques années (5 ans), sans qu'il soit possible de l'interpréter.

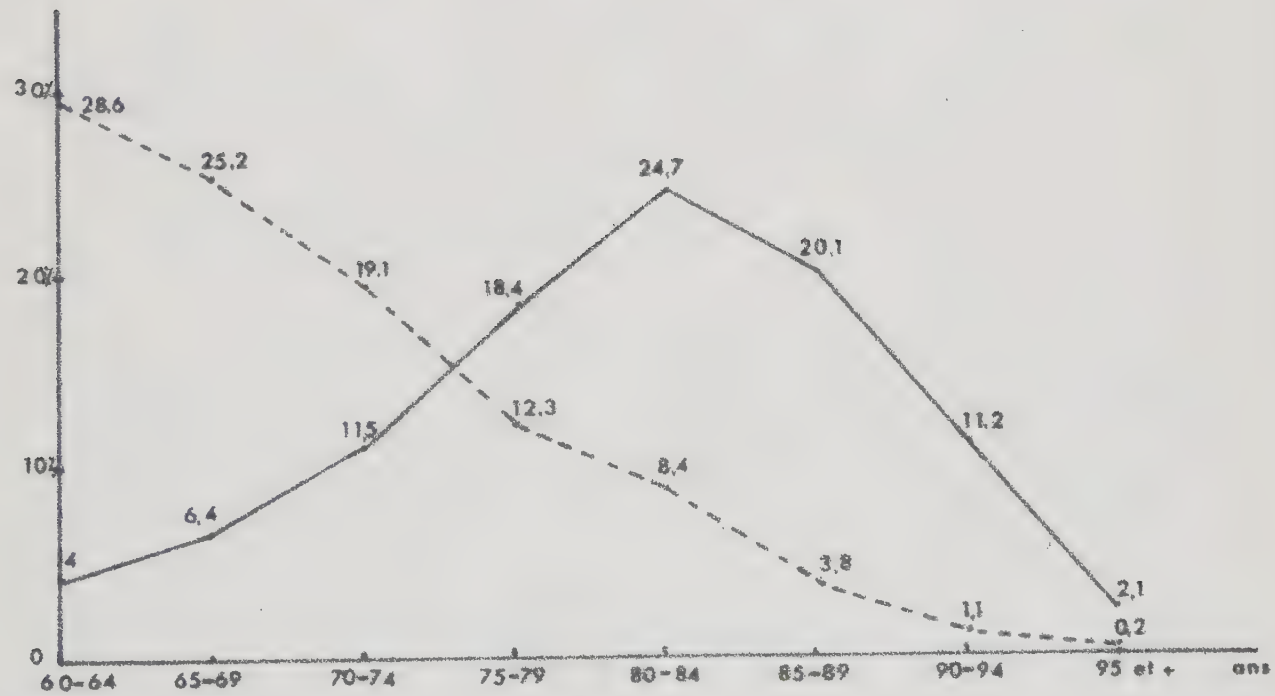
Cette évolution est d'autant plus nette lorsque l'on compare l'âge moyen d'entrée des femmes avec celui de l'étude précédente (Hospice Sainte Périne) portant sur une période allant de I890 I955 et intéressant une population strictement féminine.

Dans cet hospice, en 60 ans, on a assisté à une progression de 8,I ans, cette moyenne atteignant 76,9 ans pour la période I950 - I955, alors que notre population féminine passe à 8I,3 ans en I956 - I969, et à 82, 9 ans en I966 - I97I, soit une progression de I,6 ans en I5 ans. Quant à l'âge moyen d'entrée de la population masculine de notre établissement, il est passé de 76,3 ans à 79,5 ans pour ces mêmes périodes, soit un recul de 3,2 ans, tendant à diminuer l'écart de l'âge à l'entrée entre les hommes et les femmes, de 5 ans en I956 - I960 à 3,4 ans en I966 - I97I.



-Fig.2-

moyenne d'âge à l'entrée générale
moyenne d'âge à l'entrée des femmes
moyenne d'âge à l'entrée des hommes



Répartition des âges dans la population générale

Répartition des âges dans la Maison à l'entrée

-Fig. 3-

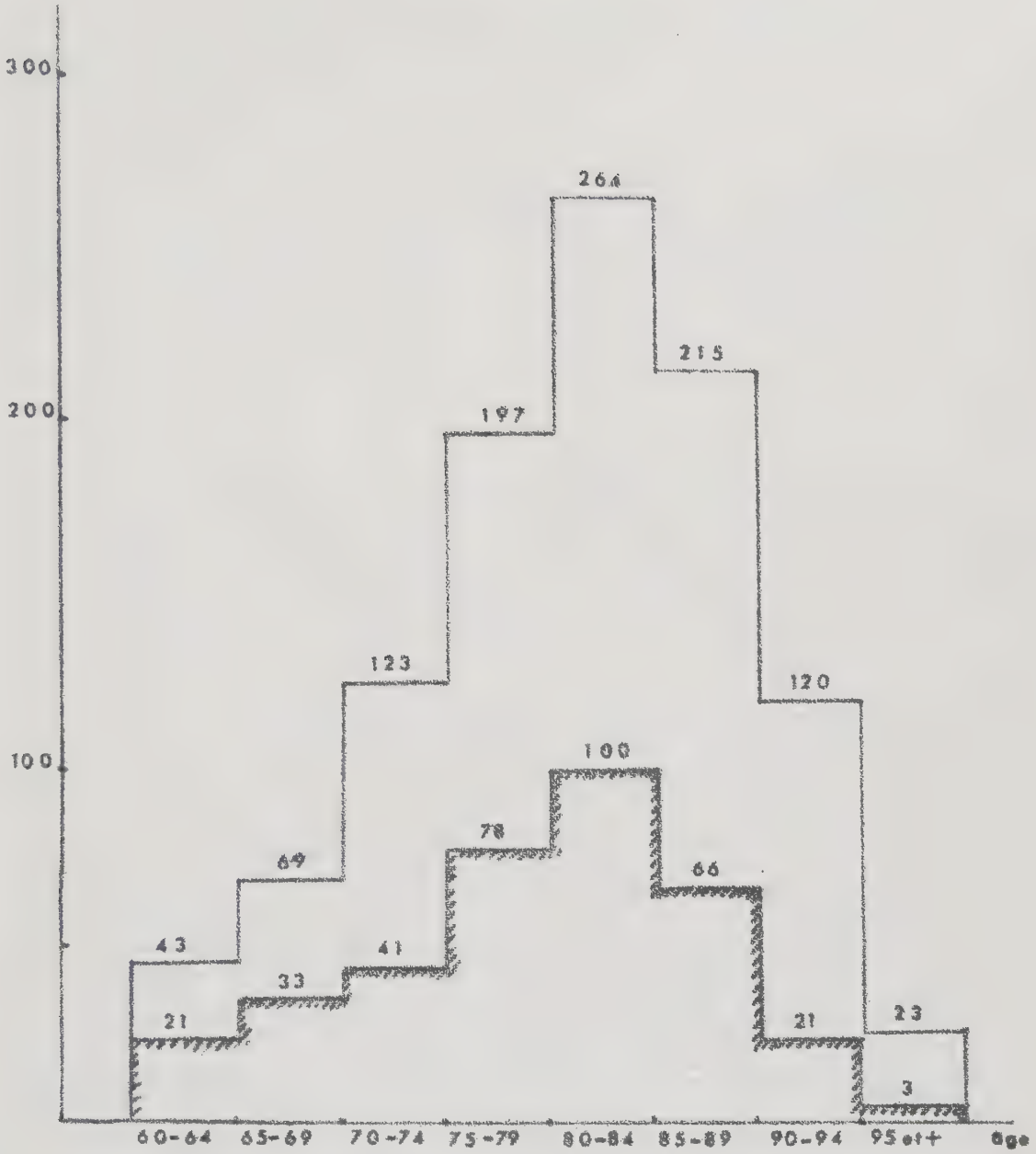
Nous avons ensuite étudié la répartition de la population dans les différentes tranches d'âge, d'abord globalement, puis par sexe (Fig. 3 et 4).

La tranche de population de 60 à 74 ans, qui représente 72,9 % de la population française de plus de 60 ans, ne représente que 2I,4 % de la population de la Maison. Ce groupe de population est en général encore active, tout au moins jusqu'à 65 ans, et son hébergement dans une Maison de Retraite Médicale est essentiellement motivée par des maladies graves ou invalidantes, ne leur permettant pas de se dispenser de soins journaliers.

Mais il en est tout autrement des "vieillards" et des "grands vieillards" qui eux, rentrent massivement. En effet ils représentent respectivement 63,2 % et 23,2 % de la population de la Maison, alors qu'ils ne représentent que 24,5 % et I,3 % de la population française de plus de 60 ans.

Nous avons aussi recherché si nos échantillons masculins par rapport aux échantillons féminins, étaient représentatifs de la population générale*, et cela pour chaque tranche d'âge considérée.

* étude faite à partir du recensement de la population française de I968.



Histogramme des âges des entrants par tranches d'âges de 5 ans, de 60 ans à 95 ans et plus.

Histogramme des âges des entrants masculins pour ces mêmes tranches d'âges.

- FIG. 4 -

Pour cela nous avons calculé les rapports entre ces différents échantillons par tranche d'âge de 5 ans.

Entre 65 et 69 ans, nous avons trouvé un rapport hommes / femmes égal à 1. Pour la population générale nous avons relevé 1 055 000 hommes pour 1 311 000 femmes, soit environ un rapport égal à 1.

Entre 70 et 90 ans, le rapport hommes / femmes est égal à 1/2, de même que dans la population générale où l'on trouve 2 525 000 hommes pour 4 027 000 femmes.

Au dessus de 90 ans, la proportion d'hommes par rapport aux femmes est de 1/6 dans notre Maison, alors qu'elle est d'environ 1 pour 3 dans la population française (30 000 hommes pour 96 000 femmes). On voit donc que jusqu'à 90 ans les proportions hommes / femmes, sont à peu près identiques dans notre Maison et dans la population française. Par contre, au dessus de 90 ans nous trouvons moins d'hommes que dans la population française. Cependant la population masculine de 95 ans et plus, semble constituer un échantillon d'âge de sujets trop peu nombreux pour qu'il puisse être considéré comme représentatif par lui même. On peut donc penser que la composition par sexe de la Maison de Retraite est sensiblement la même que celle de la population française.

De cet ensemble, nous pouvons déjà faire ressortir

certains des caractères de la population entrante de la Maison de Retraite du Maréchal Foch, qui sont :

- une augmentation de l'âge moyen des entrées, provoquant un vieillissement de la population de l'Hospice.

- l'âge moyen à l'entrée des femmes est plus élevé que celui des hommes, mais cet écart tend à se combler du fait d'un recul plus rapide de l'âge d'entrée des hommes par rapport à celui des femmes, ainsi que cela semble apparaître depuis quelques années.

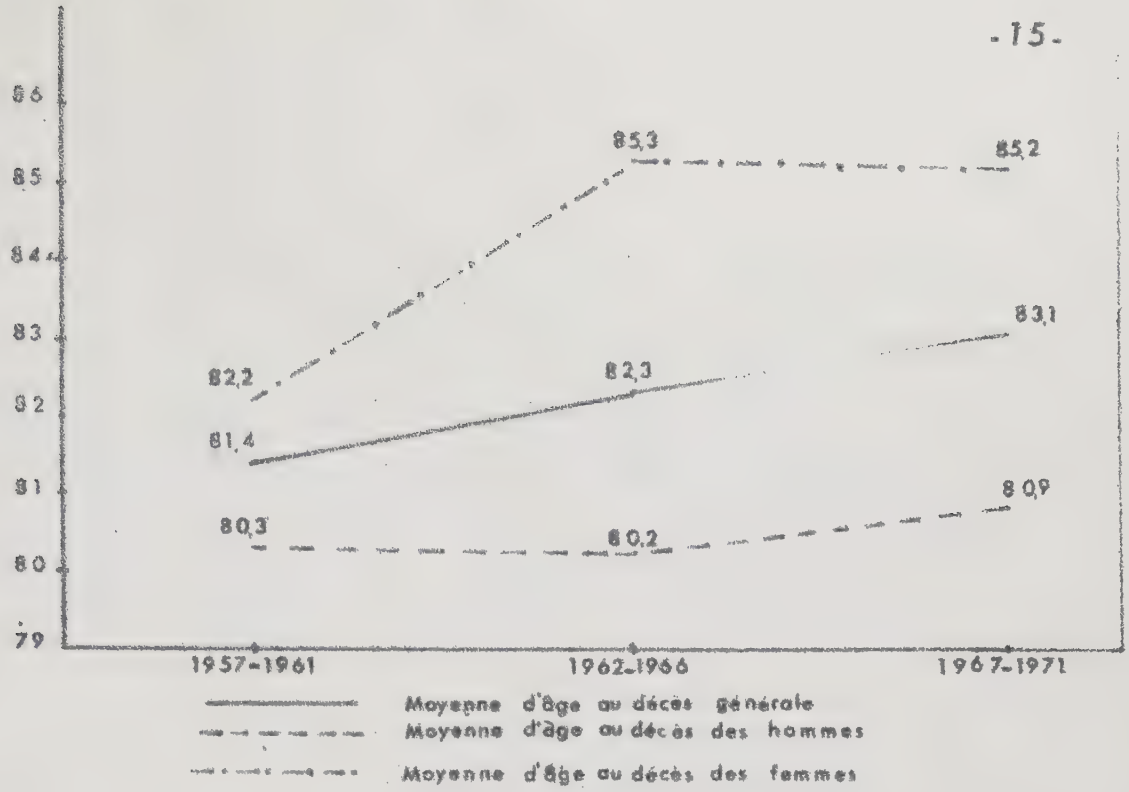
ETUDE DES AGES AU DECES

Pour étudier l'âge au décès de nos pensionnaires, nous avons suivi la même démarche que pour l'étude de l'âge à l'entrée, afin de pouvoir comparer ces deux données démographiques de notre Maison de Retraite.

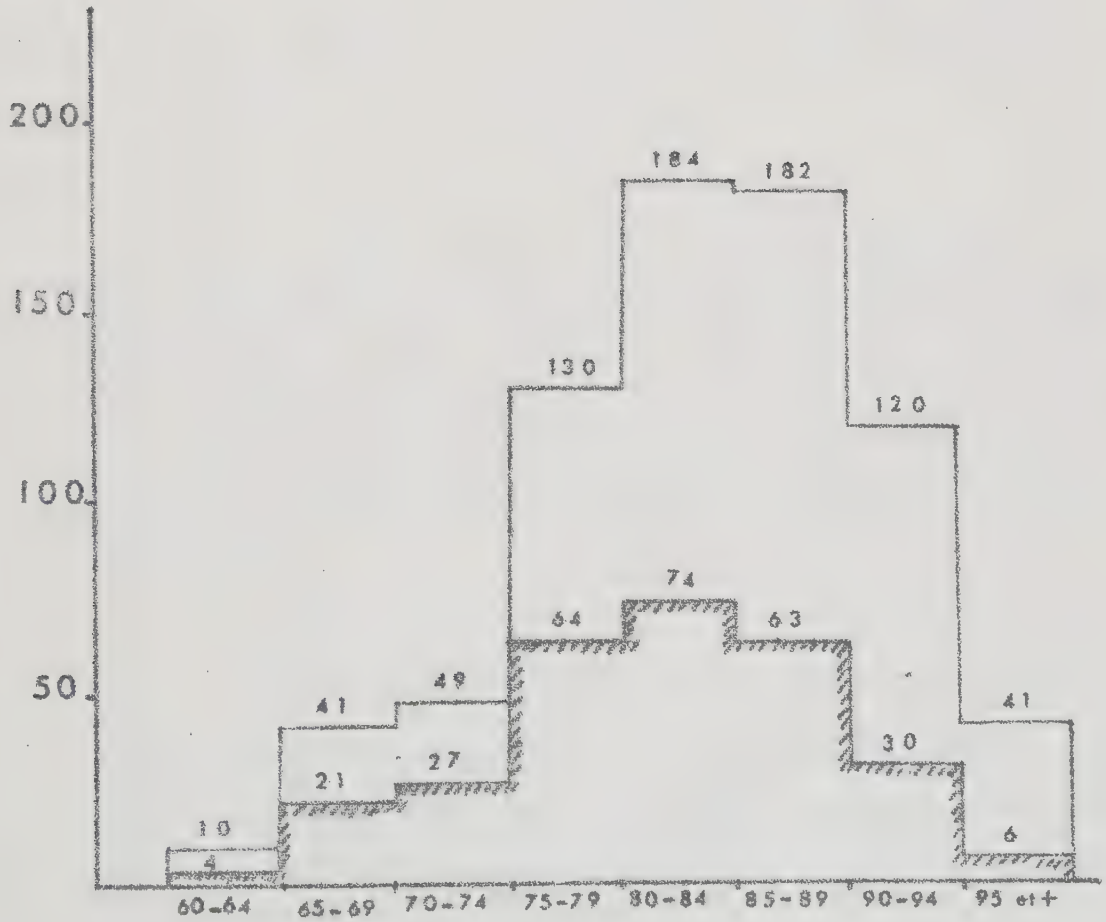
Bien entendu, notre étude ayant porté sur la période de I956 à I97I inclus, notre population dans cette seconde partie est moins nombreuse que dans la précédente: elle comprend 757 personnes âgées de 60 ans à 95 ans et au delà, décédées dans la Maison de Retraite entre I957 et I97I, soit 70,9 % des entrants, se répartissant en 473 femmes et 289 hommes.

Nous pouvons tout de suite noter une mortalité masculine supérieure à la mortalité féminine, puisqu'elle représente 77,6 % des hommes entrés, contre 67,7 % des femmes, soit une différence de près de I0 % sur une période de 15 ans.

La distribution des âges au décès, regroupés par tranche d'âge de 5 ans, chaque année, se répartit en I957 entre 65 ans et 95 ans et plus, avec une augmentation très nette du nombre de décès de nonagénaires et surtout à partir de I965 des décès des personnes âgées de plus de 95 ans.



-Fig.5-



Histogramme des décès par tranches d'âge de 5 ans, comparé à celui des décès masculins pour ces mêmes tranches d'âge.

-Fig. 6-

L'histogramme par tranche d'âge de 5 ans, et par sexe, des âges au décès, montre que, si jusqu'à 70 ans, la mortalité pour les populations féminine et masculine est sensiblement identique, il en est tout autrement au delà de 70 ans où la mortalité masculine l'emporte largement sur la mortalité féminine, vu leur proportion respective dans l'établissement, pour ces mêmes tranches d'âge (Fig. 6).

L'évulution de l'âge moyen au décès, comme pour l'âge moyen à l'entrée, est caractérisée par un recul, puisqu'il passe de 8I,4 ans pour la période de I957 - I96I, à 83,I ans, pour la période I967 - I97I. Cette évolution est cependant moins rapide que celle de l'âge moyen à l'entrée, car elle n'est que de I,7 ans pour l'âge au décès, pour 3,I ans pour l'âge à l'entrée.

Cette progression plus lente peut s'expliquer par une différence dans le recul de l'âge moyen au décès chez les femmes et les hommes. En effet, alors que les premières ont une évolution de leur âge moyen au décès, sensiblement parallèle à celle de l'âge à l'entrée, les secondes subissent un recul de l'âge au décès beaucoup moins rapide.

De plus, alors que, l'écart de l'âge moyen à l'entrée entre la population féminine et la population masculine, tend à diminuer, ce même écart pour l'âge au décès semble augmenter depuis I962 et avoir atteint un maximum de 4 ans pour les deux dernières années.

L'étude de l'âge au décès, semble confirmer un des caractères de la population de la Maison de Retraite Foch:

Un vieillissement de la population provoquant un recul de l'âge moyen au décès, cependant moins rapide que celui là, en raison d'une mortalité plus importante de la population masculine.

ETUDE DE LA DUREE DE SURVIE

Notre étude portant sur la population de la Maison de Retraite Foch, s'est fixé pour but de rechercher la durée moyenne de survie des pensionnaires, et les éléments de la mortalité influants sur elle. Nous ne nous sommes occupés que des pensionnaires entrés dans la Maison au delà de 60 ans, et qui représentent I054 individus. Sur ces I054 personnes, 99 d'entre elles ont quitté la Maison, vivants : elles se répartissent en 53 femmes (7,6 % des femmes entrées) et 46 hommes (12,9 % des hommes entrés).

Les pensionnaires restants, que nous appellerons "définitifs" sont au nombre de 955, comprenant 638 femmes et 3I7 hommes. Après avoir étudié la durée moyenne de survie des pensionnaires vivants au 3I Décembre I97I, nous avons calculé celle de ceux qui sont décédés. Enfin, nous avons précisé l'évolution de la mortalité au cours des trois premières années, puis de la première année. Nous n'avons pas pris en considération pour cette étude, les personnes sorties vivantes, dont le devenir nous est resté inconnu. Aussi nos chiffres de mortalité ont-ils été calculé pour les pensionnaires décédés dans la Maison, par rapport aux pensionnaires "définitifs". Ceci fait que la mortalité de la Maison est surévaluée par rapport à la réalité, puisque les sortants représentent plus de 10 % de la population générale.

Sur les I78 personnes vivant au 3I Décembre I97I, 98 sont entrées depuis I969, soit depuis moins de trois ans, et 80 depuis plus de trois ans, dont 4I ont une durée de survie comprise entre trois et cinq ans, 29 entre cinq et dix ans, et I0 entre dix et quinze ans. La durée de survie moyenne de l'ensemble est à cette date de trois ans et demi.

L'étude de la durée de survie des pensionnaires décédés a posé quelques problèmes, car avant I966 aucun de ceux-ci n'avait pu être entré dans la Maison depuis plus de I0 ans, ce qui avait pour effet de fausser les résultats d'une manière notable, la survie très importante d'un certain nombre de personnes n'étant pas prise en considération. Mais les personnes ayant eu une durée de survie supérieure à 3 ans représentent I7,6 % des pensionnaires définitifs, et leur durée de séjour s'étend jusqu'à I4 ans. Aussi avons nous calculé cette durée moyenne de survie pour les personnes décédées entre I966 et I97I. Celle-ci est de 33 mois environ, avec une durée moyenne de survie des pensionnaires masculins légèrement inférieure à cette moyenne générale.

Nous constatons donc que la plus grande partie des décès a lieu au cours des trois premières années de l'hébergement, car elle représente 62,8 % des pensionnaires définitifs (Fig. 7).

Aussi nous sommes nous attachés à étudier la façon dont se répartissent ces décès au cours de ces trois premières années.

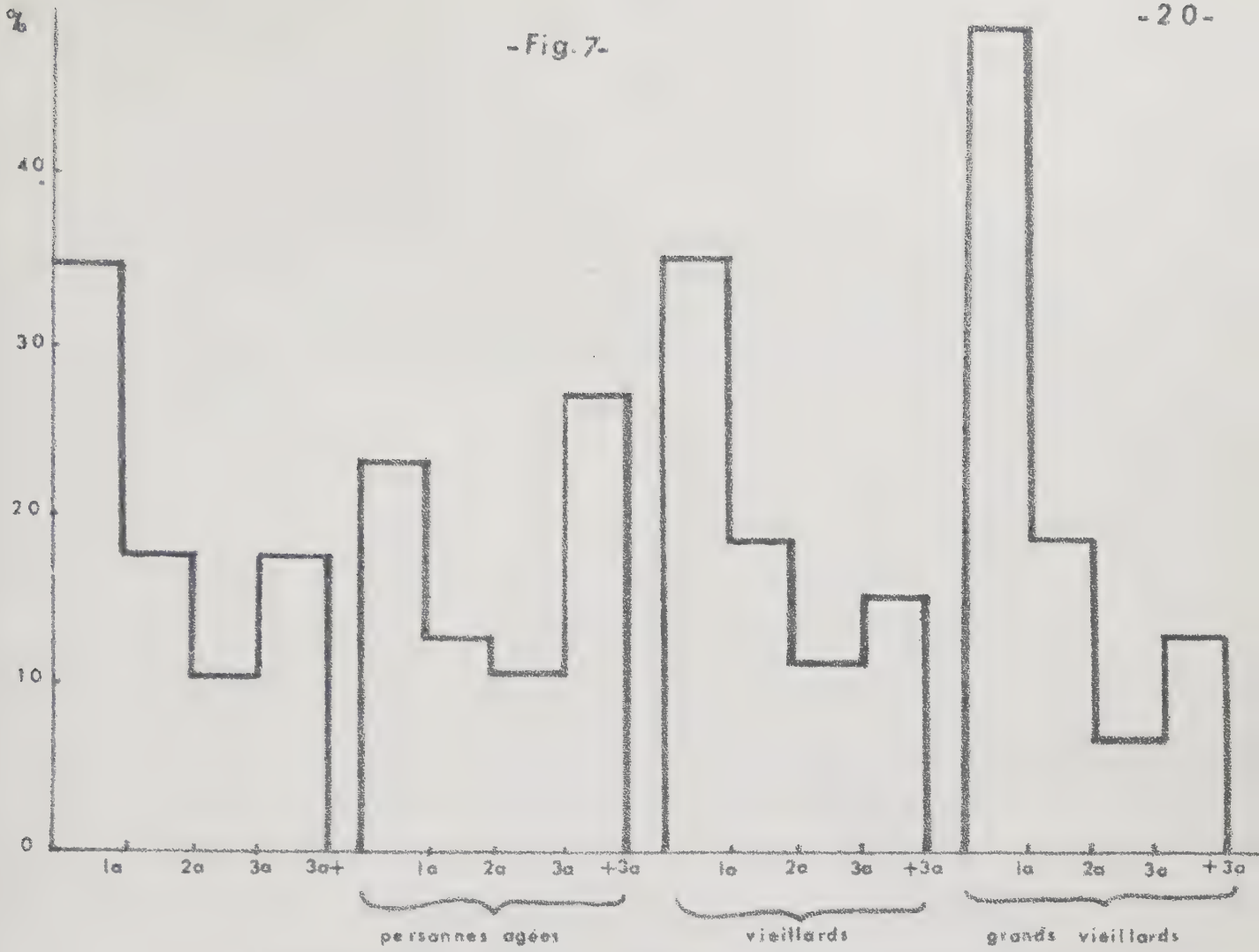
ETUDE DES DECES AU COURS DES TROIS PREMIERES ANNEES .

Plus de la moitié des décès au cours de ces trois premières années ont lieu dans la première année du séjour (34,5 % de pensionnaires définitifs). Quelque soit la tranche d'âge considérée. Il est évident que les décès des Grands Vieillards au cours de la première année sont proportionnellement plus importants que pour les Personnes Agées (48,8 % contre 23,3 %). 69,I % de ces Grands Vieillards sont morts avant deux ans de séjour, alors que seulement 35,9 % des Personnes Agées sont mortes durant ce même laps de temps.

La mortalité masculine au cours des trois premières années, confirment l'étude de l'âge au décès, est nettement plus importante que la mortalité féminine, alors que cette différence de mortalité parait à peu près constante pour les vieillards et les Grands Vieillards, elle est particulièrement élevée pour les personnes âgées, ce qui tend à confirmer que les hommes qui entrent dans une Maison de Retraite "médicale", entre 60 et 75 ans, sont atteints de maladies au pronostic sévère : 68,I % de ces hommes meurent au cours des trois premières années, contre 38,3 % des femmes. Est-ce dû aussi à un brusque changement de mode de vie, plus ressenti par les hommes que par les femmes ? Nous essaierons d'y répondre en s'aidant de documents médicaux, lors de l'étude des causes de décès.

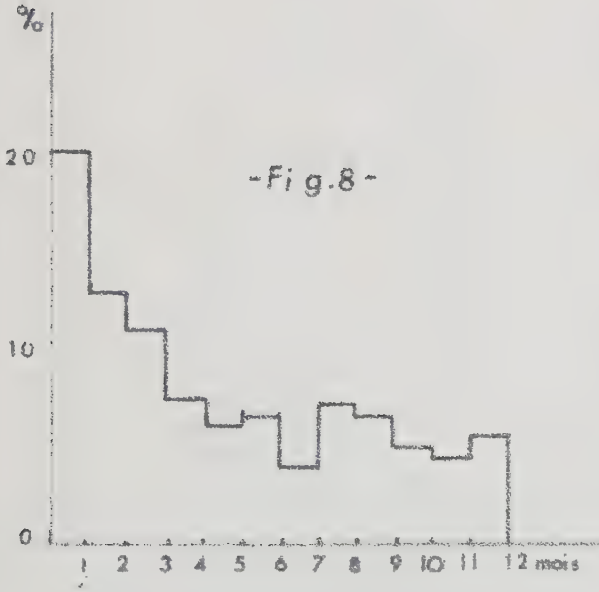
Les décès des vieillards, eux représentent environ

-Fig.7-



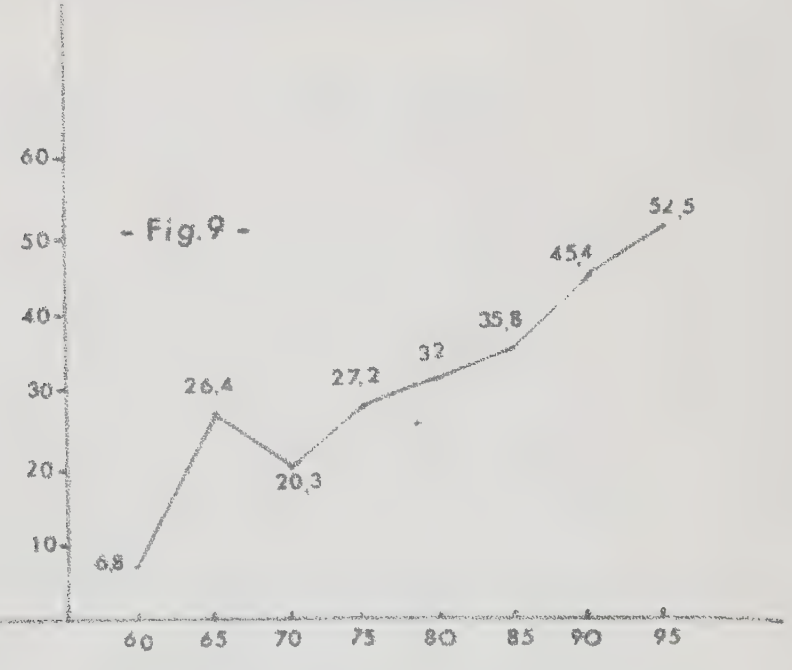
Représentation graphique des décès au cours des 3 premières années et plus, exprimés en % de pensionnaires définitifs.

-Fig.8-



Répartition des décès au cours de la première année exprimée en % de pensionnaires définitifs.

- Fig.9 -



Pourcentage des décès de la première année, par rapport aux entrants, par tranches d'age de 5 ans.

le même pourcentage que pour la population générale, et comme ils représentent la grande majorité de la population (63,2 %) il semble que ce soit eux qui influent le plus sur la moyenne générale des décès.

Comme plus de la moitié des décès au cours des trois premières années ont lieu durant la première année (Fig. 8 et 9), nous avons étudié la distribution des décès au cours de cette année dont 44,2 % ont lieu au cours des trois premiers mois, avec une importance toute particulière pour le premier mois, puisqu'il représente près de la moitié (20,5 %) de ces décès de la première année.

Toutefois, ces décès du premier mois atteignent rarement I0 % des entrants (sauf pour les années 63, 65, et 7I, pour lesquelles nous avons relevé des chiffres très supérieurs à ceux des autres années).

En I956 : 2,4 % des entrants meurent dans le premier mois.
En I957 : 6,4 % " " " " "
En I958 : 8,5 % " " " " "
En I959 : 6,6 % " " " " "
En I960 : 3,8 % " " " " "
En I96I : 2,6 % " " " " "
En I962 : 7 % " " " " "
En I963 : I3% " " " " "
En I964 : 3 % " " " " "
En I965 : 9,I % " " " " "

En I966 : 7 % des entrants meurent dans le premier mois.
En I967 : 5,5 % " " " " "
En I968 : 4 % " " " " "
En I969 : 5,2 % " " " " "
En I970 : 5 % " " " " "
En I97I : I0,I% " " " " "

Nous ne retrouvons donc qu'exceptionnellement des pourcentages de décès dans le premier mois atteignant I0 %, il ne s'agit donc pas d'un "Hôpital qui s'ignore" et on ne peut pas considérer qu'il y ait une erreur de placement.

Le nombre des décès, par rapport au nombre d'entrants, au cours des trois premiers mois, croît avec l'âge ; 36,I % des décès de la première année se produisent dans les trois premiers mois avant 80 ans. Après 80 ans, ce nombre est de 48,3 % et de 42,9 %, après 90 ans.

Après 90 ans, 72,7 % des décès de la première année ont lieu durant les six premiers mois, les autres décès se répartissant d'une manière sensiblement identique dans les six derniers mois. Mais, avant 90 ans, après une quantité importante de décès au cours des trois premiers mois, les décès se répartissent ensuite également entre les neuf derniers mois de l'année.

En faisant l'analyse de la mortalité par tranche d'âge de cinq ans, des entrants, nous avons remarqué une augmentation significative des décès entre 65 et 69 ans, alors que pour les autres tranches d'âge, les décès au cours de la première année suivent une progression régulière avec l'âge.

Comme pour l'ensemble de l'étude déjà exposée, les décès masculins au cours des trois premiers mois, sont plus nombreux que les décès féminins : 45,6 % des décès masculins de la première année contre 41 % des décès féminins, avec pour les trois premiers mois, une mortalité plus importante entre 65 ans et 69 ans pour les femmes, et entre 85 ans et 89 ans pour les hommes. Cette étude sur la précocité des décès selon le sexe n'a pas été possible pour les grands vieillards dont l'échantillon masculin, trop peu important, n'était pas suffisant. Pour les autres tranches d'âge, la mortalité est à peu près identique pour les hommes et pour les femmes.

Dans un dernier temps, il nous a paru intéressant de calculer l'espérance de vie de la population féminine et masculine pour les différentes tranches d'âge, au cours de ces quinze dernières années, et de les comparer à la courbe d'espérance de vie de l'INSEE pour ces mêmes quinze dernières années, et dont nous avons pris une valeur moyenne.

HOMMES			FEMMES	
INSEE	FOCH	AGE	INSEE	FOCH
I5,7	5,9	60	20	3,7
I2,6	3,3	65	I6,I	5,2
9,8	I,9	70	I2,4	4,2
7,5	2,2	75	9,3	3
5,4	I,6	80	6,7	2,3
3,9	I,5	85	4,7	I,6

Nous constatons, dans les deux sexes, une espérance de vie inférieure à l'espérance de vie de la population générale, dans un rapport de I sur 3. Cependant notre échantillon de population n'est pas assez nombreux pour qu'une comparaison valable puisse être faite. Mais il faut noter que quelque soit l'âge, la durée de survie moyenne reste identique : l'effet d'âge est nul. Il s'agit donc bien d'une population de gens malades.

Notre Maison de Retraite Foch se situe donc bien entre les deux types de Maison citées dans le rapport de Monsieur le Professeur Péquignot. La durée moyenne de survie des décès dans la Maison est légèrement inférieure à trois ans, avec une mortalité masculine supérieure à la mortalité féminine. Une difficulté d'adaptation de la population âgée à un changement d'habitude et de cadre, est-elle responsable d'une mortalité particulièrement importante au cours des trois premiers mois? C'est ce que nous essaierons de définir dans la suite de notre étude, à l'aide des documents médicaux mis à notre disposition.

RECHERCHE DES CAUSES DE DECES

Etant donné l'évolution de notre étude, il était indispensable, pour que celle-ci soit complète, d'abord de rechercher qu'elles étaient les causes principales de décès de la population âgée de notre Maison de Retraite, et ensuite, pour les décès précoces de déterminer dans quelle mesure, les difficultés d'adaptation à un nouveau mode de vie pouvaient influencer la mortalité de nos pensionnaires.

Nous avons donc été amenés à rechercher le ou les diagnostics portés au moment de leur décès, ce qui n'a pas été sans présenter quelques difficultés. En effet, nous n'avons disposé que de deux sources de renseignements. Tout d'abord, pour les pensionnaires décédés dans la Maison, le registre des déclarations faites à l'état civil, car les dossiers des malades de la Maison sont très pauvres en renseignements. Il faut regretter qu'il n'existe pas de documents utilisables. (Les internes trop peu nombreux et sans moyens diagnostiques-électrogrammes, radio pulmonaire, axamens biologiques, ne pouvaient ni établir de diagnostics précis, ni rédiger de dossiers médicaux détaillés). Ensuite, pour les malades décédés à l'hôpital Cochin, nous avons consulté les dossiers médicaux, mais cette recherche s'est révélée particulièrement difficile, car il n'a pas été toujours possible de retrouver tous l es dossiers, et notamment avant I963. C'est ainsi que sur 762 pensionnaires décédés, dénombrés, il n'a

été retrouvé que 678 diagnostics de décès, car pour 84 d'entre eux (53 hommes et 31 femmes), aucun renseignement n'a été trouvé. Notre étude a donc porté sur un échantillon de 442 femmes et 236 hommes.

Un deuxième problème s'est présenté lorsque les diagnostics du décès et la pathologie éventuellement associée ont été retrouvés, celui de la classification de ces différents diagnostics en groupe de pathologie commune. Tout d'abord, parce qu'un certain nombre d'entre eux était soit imprécis comme "cachexie néoplasiqueé, "collapsus cardio vasculaire", soit qu'aucun diagnostic n'ait réellement été posé tel "sénilité", "cachexie", "défaillance polyviscérale"..., trois termes derrière lesquels peuvent se cacher de multiples affections. Ceci nous a amené à utiliser une classification, qui bien qu'arbitraire, nous semble recouvrir l'ensemble des étiologies des décès.

Notre classification comprend II groupes, qui sont les suivants :

- Groupe A : sans diagnostic : 22,6 %
- Groupe B : diagnostic imprécis : I9,5 %
- Groupe C : toutes les infections non tuberculeuses: 9,25 %
- Groupe D : toutes les tuberculoses : 0,6 %
- Groupe E : toutes les néoplasies : 5,25 %
- Groupe F : toutes les affections cardio-vasculaires et veineuses, sauf celles du groupe suivant: 20,4 %
- Groupe G : les accidents vasculaires cérébraux : 9 %
- Groupe H : suicide et neuro psychiatrie : 0,3 %

- Groupe I : les insuffisances respiratoires : 3,7 %
- Groupe J : les affections relevant de l'éthylisme : 0,3 %
- Groupe K : toutes les autres affections organiques ne relevant pas des groupes précédants ; 9 %

Pour les malades dont la cause du décès relève de plusieurs diagnostics comme cette femme de 71 ans, atteinte d'un cancer colique évolué, porteuse d'un myxoedème avec une insuffisance coronaire sévère, qui a fait un accident vasculaire cérébral brutal, nous avons noté chacun de ces diagnostics, dans l'un des groupes précedemment cités, tout en mentionnant qu'il s'agit de diagnostics multiples, sans en avoir fait un groupe particulier.

Les groupes A et B représentent en tout, près de 50 % des décès, ce qui nous a amené à interpréter les causes de décès réelles de ces deux groupes.

L'exploitation des diagnostics portés a fait apparaître quatre grands groupes de diagnostics qui se partagent la majeure partie des causes de décès de nos pensionnaires :

- Les accidents cardio-vasculaires
- Les accidents vasculaires cérébraux
- Les infections non tuberculeuses
- Il faut de plus noter que les poly-diagnostics représentent 20 % des causes de décès.

a) Les accidents cardio vasculaires représentent une très grande part des causes de décès : 20,4 %. Le pourcentage des malades décédés pour ce motif, passe de I2 % entre 65 et 69 ans, à 25 % à 90 ans et plus. Toutefois, 28 % des personnes décédées entre 70 et 74 ans meurent d'une affection cardio vasculaire. L'affection le plus souvent responsable du décès est l'insuffisance cardiaque aigûe, l'infarctus du myocarde venant assez loin derrière, à égalité avec l'embolie pulmonaire. Les deux dernières causes semblent sous estimées : elles sont sans doute responsable de certaines "morts subites", que nous avons classées dans le groupe "sans diagnostic". (Nous avons retrouvé cinq "morts subites", soit une proportion de 0,6 %).

b) Les accidents vasculaires cérébraux reprúsentent I8 % des causes de décès, constitués à plus de 80 % d'accidents vasculaires cérébraux aigus, qualifiés d'hémorragies cérébrales, sans que la certitude en soit apportée. Il faut remarquer que sur II2 accidents vasculaires cérébraux, 2I fois ce diagnostic a été porté simultanément avec un accident cardio vasculaire et cela chez des sujets ayant 85 ans en moyenne.

c) Les infections seules ne représentent qu'une petite part des causes de décès, associées à d'autres affections préexistantes, elles sont responsables de II,4 % des décès, car elles compliquent l'affection initiale : en effet, quatre sur cinq d'entre elles sont des poly-diagnostics. Les infections isolées, notées comme seule cause de décès sont en général relevées chez des grabataires séniles, et il s'agit le plus souvent de bronchopneumopathies aigües. Mais ces bronchopneumopathies ne sont pas toujours des infections broncho pulmonaires, et nous savons que chez des personnes

séniles, très souvent il s'agit d'inhalations alimentaires, à répétition, mais parfois massives et alors asphyxiantes, qui se surinfectent secondairement.

d) Les polydiagnostics enfin, deuxièmes par ordre de fréquence de ces quatre grands groupes d'affections entrainant la mort de nos pensionnaires, sont constitués, tout d'abord par des infections de quelque origine qu'elles soient, surajoutées à des antécédants cardio vasculaires ou cérébraux, ainsi qu'à des grandes maladies, tels les diabètes; les Parkinson, ou les cancers ; ensuite viennent les accidents cardio vasculaires associés à d'autres affections dont les plus fréquentes sont les accidents vasculaires cérébraux, les insuffisances respiratoires, les néoplasies et les diabètes.

Les autres groupes nous ont paru souvent sous-estimés dans leur importance.

I°) Le nombre des affections respiratoires chroniques non infectieuses, ne sont retrouvées que rarement comme affection responsable d'un décès. Ceci est probablement dû au fait que c'est l'insuffisance cardiaque secondaire qui prédomine lors de l'établissement du diagnostic de décès.

2°) Il en est de même des maladies psychiatriques qui ne sont pas mentionnées, sauf dans le cas rare où il y a eu suicide, et qui sont probablement camouflées sous le

diagnostic de sénilité. La proportion des suicides dans la Maison semble très importante puisqu'elle est de 3 pour I000 personnes, alors qu'elle est d'environ 37 pour I00 000 habitants en France, pour les personnes âgées de plus de 60 ans. (Statistiques INSERM, qui sous-estiment les suicides des vieillards). Ce chiffre qui paraît très élevé ne permet pas de faire une interprétation valable, vu le petit échantillon sur lequel il porte.

3°) L'éthylisme n'est retrouvé que comme cause annexe du décès, chez trois personnes seulement, sans qu'il soit possible de dire s'il n'existe pas ou s'il a été moins recherché chez le vieillard que chez le sujet plus jeune. En fait, l'éthylique "aigu" précoce, ne survit pas assez longtemps pour arriver à l'âge de la retraite.

4°) Les affections néoplasiques ne représentent que 6,9 % des causes de décès, ce qui est inférieur au pourcentage des études précédentes (cf. Bibliographie). Il semble donc que là encore ce diagnostic ait été souvent méconnu, ou que s'il a été porté ou suspecté, sa localisation primitive n'a pas été découverte, ce qui fait qu'ils sont entrés dans le groupe B de notre classification, soit encore dans le groupe A, masqué par des diagnostics tels que "cachexie" ou "défaillance polyviscérale".

5°) Enfin, il nous faut parler de la tuberculose pulmonaire qui n'a été retrouvée que quatre fois comme

cause de décès, trois fois chez les hommes et une fois chez une femme. Comme ce diagnostic n'a été qu'une découverte d'examen nécropsique chez des malades hospitalisés et décédés par asphyxie dûe à une"pneumopathie aigüe", et qu'il était dans ces quatre cas totalement méconnu auparavant, on peut penser que la tuberculose pulmonaire est particulièrement sous dépistée chez le vieillard et qu'un grand nombre de décès étiquetés "pneumopathies" et aussi même "cachexie", étaient peut-être d'autentiques tuberculoses pulmonaires.

Dans ces différents groupes de causes de décès il n'est pas apparu de différences notables entre les hommes et les femmes, sauf peut-être pour les accidents vasculaires cérébraux et les insuffisances respiratoires qui semblent se retrouver plus fréquemment dans le sexe masculin.

De même, la distribution par tranches d'âge pour chaque groupe, semble proportionnelle au nombre de pensionnaires décédés dans ces mêmes tranches d'âge. Mais pour les deux affections principales (cardio vasculaire et vasculaires cérébraux), nous avons remarqué une augmentation importante des décès pour ces étiologies dans la tranche d'âge 70 - 74 aus, sans pour cela influer sur l'augmentation progressive des décès par accidents cardio vasculaires avec l'âge.

Nous avons de même, pour les diverses affections appartenant au groupe K de notre classification, remarqué un taux de mortalité plus important entre 60 et 74 ans que pour les personnes

plus âgées. Ceci semble dû au nombre important d'évolution terminale de Parkinson que nous retrouvons dans ce groupe.

On peut en conclure qu'il n'existe pas d'affection prédominante pour une tranche d'âge donnée pour la population de notre Maison de Retraite.

Il est classique de dire que les décès au cours des premiers mois, sont dus à une "difficulté d'adaptation". Lors de notre étude démographique, nous avions constaté une mortalité très importante au cours de la première année, et tout particulièrement au cours des trois premiers mois, ce qui nous avait amené à poser la question de savoir si ces décès précoces étaient dûs ou non à une difficulté d'adaptation.

Afin de le déterminer, nous avons étudié, avec le plus de précision possible, les causes de décès des pensionnaires décédés au cours de la première année, en recherchant en particulier ceuxdont la pathologie initiale, connue à l'entrée, avait surement entraîné le décès.

Notre analyse a porté sur 27I personnes divisées en I65 femmes et I06 hommes, dont I09 sont décédées au cours des trois premiers mois du séjour.

Sur ces 27I personnes, 8I sont considérées

comme sans diagnostic, avec plus de 90 % qui sont qualifiées de séniles. Ceci peut expliquer à lui seul la raison de l'hébergement et l'on peut penser que des accidents vasculaires cérébraux antérieurs avaient déjà fortement diminué les capacités intellectuelles. Ces "séniles" peuvent aussi représenter des grabataires dont l'état général était déficient à l'entrée.

Pour 46 pensionnaires, le diagnostic est resté imprécis quant à la cause du décès, mais I9 d'entre eux étaient atteints de maladies telles que insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire, affection rhumatismale invalidante type polyarthrite chronique évolutive, antécédents d'accidents vasculaires cérébraux et enfin "sénilité" surajouté à une affection connue.

Pour les I44 restants, ils se répartissent dans huit de nos groupes. Bien entendu, ce sont les accidents cardio vasculaires que l'on retrouve avec la plus grande fréquence: la moitié des personnes ont succombé dans cette première année à un accident cardio vasculaire aigü, qui représentait le terme d'un long passé d'insuffisance cardiaque ou coronaire connu. De même près de la moitié des accidents vasculaires cérébraux avaient des antécédents d'hémiplégie récente.

Sur 35 décès où un diagnostic précis a été porté, 25 personnes étaient atteintes de maladies graves et sont décédées de cette maladie ou de ses complications habituelles: coma urémique avec anurie chez un insuffisant rénal, infections multiples chez un parkinsonnien évolué, ou dans une sclérose en plaque.

Pour les infections, au nombre de 33, seules sept d'entre elles sont des diagnostics uniques, les autres ne font que compliquer l'affection préexistante.

Enfin, I3 personnes sont décédées d'une néoplasie pendant ce même laps de temps.

Au cours de la première semaine du séjour, six personnes sont décédées. Deux hommes sont morts de "défaillance poly-viscérale", deux autres sont morts d'infection, l'un sur une cardiopathie antérieure sévère, l'autre sur une hémiplégie. Enfin les deux derniers décès sont deux femmes, l'une est décédée d'hémorragie cérébrale (sans qu'on ait de notion des antécédents), l'autre de "sénilité", Il semble que ces six personnes dépendaient davantage d'un service d'aigüs.

Au cours des semaines suivantes, on retrouve des résultats qui, là encore montrent la très nette prépondérance des accidents cardio vasculaires. En effet un pensionnaire sur trois, décédé au cours des trois premiers mois est atteint de cardiopathie soit isolée soit compliquée. La moitié d'entre eux en étaient atteints antérieurement. Quant aux accidents vasculaires cérébraux, ils surviennent avec la même fréquence que dans le courant de la première année et ces accidents surviennent dans la moitié des cas chez des sujets déjà malades.

Nous avons eu 4 personnes décédées d'un cancer

en trois mois, et sur les I3 personnes décédées d'affections diverses non classées, I0 étaient atteints à l'entrée, de cette maladie: ainsi, évolution terminale d'un Parkinson hémiplégique, évolution terminale d'insuffisance rénale, d'une sclérose en plaque et complications de diabète mal équilibré.

*
* *

Nous avons donc essayé de déterminer d'une manière plus précise quelle part revient à un choc psychologique au cours des premiers mois, dans les causes de décès. Ou bien les causes de décès au cours du premier mois sont moins précises qu'au cours des mois suivants, reflétant alors probablement une influence psychologique, ou bien, elles sont aussi précises dans un cas que dans l'autre, ce qui signifierait que l'insuffisance psychologique est nulle ou modérée; ou bien encore, elles sont plus précises dans le premier temps que dans le second, ce qui signifierait alors que la majorité des personnes décédées au cours du premier mois auraient dû dépendre en réalité d'un service d'aigüs et non d'une Maison de Retraite, ils sont donc de grands malades.

Nous avons donc comparé les causes de décès du premier mois, à celles des mois suivants. Nous avons relevé au cours de ce premier mois, 4I décès au diagnostic précis, et I7 décès au diagnostic imprécis ou sans diagnostic. Le deuxième mois, les chiffres sont de 20 diagnostics précis, contre I5 diagnostics appartenant aux groupes A et B ; le 3è mois, nous avons 23 diag-

nostics sûrs, contre I5 diagnostics des groupes A et B, du 3è au 6è mois: 46 contre 37, du 6è au 9è mois, 45 contre 2I, et du 9è au I2è mois, 27 contre 22.

Nous constatons que nous avons plus de deux fois plus de diagnostics précis pour les décès du premier mois que pour ceux des mois suivants pour lesquels nous relevons sensiblement les mêmes nombres de diagnostics précis et de diagnostics appartenant à nos deux groupes A + B.

Il semblerait donc que dans notre Maison de Retraite, l'influence psychologique pour les décès précoces, est réduite, vu la gravité de la pathologie dont les gens sont atteints.

On peut en conclure que le phénomène d'adaptation joue un rôle moindre que la pathologie dont sont atteints les pensionnaires, pour les causes de décès. Pourtant, quand on a vécu dans cette Maison, on aurait pu penser le contraire en raison du manque de confort et de salubrité, l'Administration en a d'ailleurs pris conscience, puisque cette Maison est en cours de fermeture.

Un deuxième point important doit être pris en considération, c'est la gravité de la pathologie, et on peut se demander si de tels établissements ne devraient pas être mieux équipés en moyens diagnostic et surtout en personnel. Il est intéressant de prendre acte du fait que si une visite médicale peut

C O N C L U S I O N

L'analyse d'une Maison de Retraite nous a permis d'étudier une population de vieillards médico-dépendants, durant I5 années (I956 à I97I). Celle-ci nous a apporté deux ordres de résultats : les premiers d'ordre démographique, les deuxièmes d'ordre pathologique.

- Un recul de l'âge d'entrée dans cette Maison de Retraite médicale, caractérisé par un vieillissement des entrants de l'ordre de trois ans.

- Un recul de l'âge de décès, cependant moins rapide que celui de l'âge à l'entrée.

- Une surmortalité masculine, en particulier chez les plus jeunes, témoignent de la gravité des affections dont ils sont atteints.

- La durée moyenne de séjoura, elle peu varié dans le temps, en raison du recru-

éviter que les Hospices fonctionnent comme des services d'aigüs , on devrait tenir compte du choix des malades qui justifierait leur hospitalisation dans des hôpitaux de chroniques, car si 30 % des décès se font au cours de la première année, on n'a pas réfléchi à l'organisation des Maisons Médicales pour sujets âgés et malades, en tenant compte qu'une hospitalisation de longue durée serait nécessaire avant de les transférer, sans trop d'insécurité, dans des hopitaux de chroniques.

C O N C L U S I O N

L'analyse d'une Maison de Retraite nous a permis d'étudier une population de vieillards médico-dépendants, durant I5 années (I956 à I97I). Celle-ci nous a apporté deux ordres de résultats : les premiers d'ordre démographique, les deuxièmes d'ordre pathologique.

- Un recul de l'âge d'entrée dans cette Maison de Retraite médicale, caractérisé par un vieillissement des entrants de l'ordre de trois ans.

- Un recul de l'âge de décès, cependant moins rapide que celui de l'âge à l'entrée.

- Une surmortalité masculine, en particulier chez les plus jeunes, témoignent de la gravité des affections dont ils sont atteints.

- La durée moyenne de séjoura, elle peu varié dans le temps, en raison du recru-

tement de nos pensionnaires parmi des vieillards malades chroniques, et reste de l'ordre de trois ans.

- La mortalité est particulièrement importante au cours de la première année, et surtout au cours des trois premiers mois. Ces décès des trois premiers mois représentent la moitié de ceux survenus au cours de la première année de séjour, un vieillard sur six meurt au cours de ce premier trimestre. Toutefois, moins d'un sur dix meurt dans le premier mois.

- Cette mortalité est caractérisée par l'importance des maladies cardio vasculaires et des accidents vasculaires cérébraux qui sont les deux principaux responsables des décès. Cependant il ne faut pas oublier que pour près de la moitié d'entre eux un diagnostic précis de décès n'a pu être établi. Ceci nous avait amené à rechercher dans quelle mesure la difficulté d'adaptation du vieillard à un nouveau mode de vie, pouvait influer sur sa mortalité: nous avons constaté que la plus grande part des décès au cours de la première année était une évolution termi-

nale d'une maladie préexistante: cancer, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, diabète compliqué d'artériopathie.

Il est difficile, voire impossible, de distinguer, chez les malades âgés, quelle part peut revenir à l'adaptation dans l'évolution terminale de leur maladie. En effet, nous n'avons pu retrouver dans les dossiers, l'analyse de leur comportement depuis leur entrée, ce qui seul permettrait de définir avec précision, l'importance de l'adaptation dans les décès précoces. Il faut , de plus, remarquer que leur hébergement dans une telle Maison de Retraite "Médicale", était indispensable car, seul, il était en mesure de lui apporter la surveillance médicale et les soins nécessités par leur état.

Il serait donc souhaitable que ces Maison de ce type, puissent disposer de matériel et de personnel plus nombreux et plus qualifié. De plus, tendant à devenir un hôpital de chroniques, ce type d'établissement doit, pour faire face aux exigences thérapeutiques réclamées par une population aux caractères particuliers, s'articuler autour d'une structure hospitalière.

- B I B L I O G R A P H I E -

PEQUIGNOT H. - ROSCH G. et SALOMON Y.

Le vieillissement dans un hospice de vieillards.

La Presse Médicale 2 octobre I957 pp I574 - I575.

PEQUIGNOT H.

Rapport au conseil supérieur d'Hygiène sociale du I9 octobre I957 : "L'hospitalisation du vieillard".

o o